

Warszawa, dnia.....

## **OŚWIADCZENIE PACJENTA**

### **UPOWAŻNIENIE**

osoby do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i świadczeniach zdrowotnych udzielonych przez **RENORT Usługi Medyczne Imroth, Piotrowski, Sp. J. z siedzibą w Warszawie przy ul. Teligi 5.**

Ja (imię i nazwisko) ..... PESEL .....

adres zamieszkania.....

1. **UPOWAŻNIAM** osobę (imię i nazwisko) .....

data urodzenia .....; tel. ....

2. **UPOWAŻNIAM** osobę (imię i nazwisko) .....

data urodzenia .....; tel. ....

do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz do udostępniania mojej dokumentacji medycznej zarówno za mojego życia, jak i po mojej śmierci. Jednocześnie zobowiązuję się, że poinformuję wskazaną powyżej osobę o podaniu Jej danych w tym formularzu.

.....

*(podpis pacjenta)*